

年 月 日

新宿区長 あて

（申請者）

住所
フリガナ
氏名
電話
助成対象者との関係

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業利用申請書

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業の利用について、次のとおり申請します。また、支援事業の利用決定に当たり、新宿区が必要に応じて住民登録、他の制度の利用状況、助成対象者の身体状況、サービス等の利用状況及び生活保護の受給状況並びに世帯の課税状況について関係機関に確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年	月	日
助成対象者 氏名（甲）				年齢	
住所	☐ 申請者と同じ TEL （ ）				
生活保護受給の有無				有 ・ 無	
障害者総合支援法による給付又は小児慢性特定疾病医療費支給認定の有無 ※他の法令等に基づく同等の助成又は給付を受けることができる場合は、本制度は利用できません。				有 ・ 無	
甲は、サービス等の利用終了後に甲が請求できない場合、民法 6 5 3 条第 1 号の規定にかかわらず、乙に新宿区若年がん患者在宅療養支援事業に係る利用助成金の請求及び受領に関する権限を委任します。					
受任者 （乙）	上記委任の件について承諾しました。				
	氏名	生年月日	年	月	日
	住所				

- ※ 意見書（別記第 2 号様式）を添付してください。
- ※ 助成対象者の世帯が非課税世帯となる場合は、裏面に同一世帯の 18 歳以上の世帯員全員を記載の上、区が課税状況を確認するための同意を得てください。
- ※ 現に他の公的な制度を利用している場合は、本事業を利用できません。

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業助成金交付に係る非課税世帯確認のための同意書

同 一 世 帯 員		
氏 名	続 柄	生 年 月 日
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生
		年 月 日生

新宿区若年がん患者在宅療養支援事業助成金の申請に当たり、対象者の世帯が非課税世帯であることを確認するため、新宿区保有の特別区民税課税台帳により事業担当部署が確認することに同意します。

年 月 日

新宿区長あて

※同一世帯に満１８歳未満の者がいる場合は、上記への記載は不要とする。

世 帯 区 分	確認者
非課税世帯 ・ 課税世帯	